

# KVH *journal*

## KBV-KRISE

*Sprengsatz für die Selbstverwaltung?*



**HONORARVERTRAG**

*Die Verhandlungsergebnisse im Überblick*

**PSYCHOTHERAPIE**

*Krankenkassen setzen Patienten unter Druck*

Das KVH-Journal enthält wichtige Informationen für den Praxisalltag, die auch für Ihre nichtärztlichen Praxismitarbeiter wichtig sind. Bitte ermöglichen Sie ihnen den Einblick in diese Ausgabe.

## IMPRESSUM

KVH-Journal der Kassenärztlichen  
Vereinigung Hamburg für ihre Mitglieder  
und deren Mitarbeiter

Erscheinungsweise monatlich  
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

Gezeichnete Artikel geben die  
Meinung des Autors und nicht unbedingt  
die des Herausgebers wieder.

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit,  
Martin Niggeschmidt  
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,  
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Layout und Infografik: Sandra Kaiser  
[www.BueroSandraKaiser.de](http://www.BueroSandraKaiser.de)

Ausgabe 2/2014 (Februar 2014)



## Liebe Leserin, lieber Leser !

Neun Wochen statt neun Monate - auf diese kurze Formel kann man die Verhandlungen zum Honorarvertrag 2014 bringen. Waren die Auseinandersetzungen um den 13er-Vertrag lang, zunehmend erbittert und von gegenseitigen Vorwürfen begleitet, so haben wir dieses Mal mit den Krankenkassen sehr schnell Einvernehmen erzielen können über die Möglichkeiten und Grenzen des 14er-Vertrages – vor allem über die Grenzen.

Das im KBV-Chaos missratene Verhandlungsergebnis der Bundesebene ist uns nämlich (mal wieder) mächtig in die Parade gefahren. So kann es nicht weitergehen! Wir brauchen unsere alten Kompetenzen zurück: Keine Vorgaben mehr außer der Entwicklung der Morbidität! Honorarverträge wieder getrennt nach Krankenkassen(arten)! Und Schluss mit der bundesweiten Förderung von Leistungen! Was regional wichtig ist, hat Berlin noch nie gewusst oder berücksichtigt.

Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks hat für ein halbes Jahr die Koordinierung der Länder übernommen. Jetzt könnte sie etwas für die Stärkung der Regionen tun!

**Ihr Walter Plassmann,**  
Vorsitzender der KV Hamburg

---

### KONTAKT

Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

**Tel: (040) 22802-655, E-Mail: [redaktion@kvhh.de](mailto:redaktion@kvhh.de)**



**SCHWERPUNKT**

- 06\_ Nachgefragt:  
Hat der KBV-Konflikt dem System geschadet?
- 08\_ Streit und Intrigen:  
KBV in der Krise

**HONORAR**

- 14\_ Die Hamburger Verhandlungsergebnisse für 2014 im Überblick

**VERSORGUNG**

- 16\_ Psychotherapie:  
Krankenkassen setzen Patienten unter Druck

**WEITERLESEN IM NETZ: [WWW.KVHH.DE](http://WWW.KVHH.DE)**

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag - unter anderem zum **Honorar** und zur **Abrechnung**, zur **Pharmakotherapie** und zur **Qualitätssicherung**. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg. KV-Mitglieder können eine **erweiterte Arztsuche** nutzen, in der zusätzlich zu den Fachbereichen und Schwerpunkten der Kollegen noch die Ermächtigungen angezeigt werden.



## AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 18** \_Fragen und Antworten
- 20** \_Arbeitsunfähigkeit: Strenge Regeln beim Krankengeld  
DMP-Datenstelle:  
Bitte keine Doubletten schicken!
- 22** \_Verordnung von Verbandmitteln

## ABRECHNUNG

- 21** \_Sammelerklärung kann am Computer ausgefüllt werden  
Bewertungsausschuss beschließt Änderungen beim Hausarzt-EBM

## QUALITÄT

- 24** \_EBM-Änderung bei osteodensitometrischen Untersuchungen

## RUBRIKEN

- 02** \_Impressum  
**03** \_Editorial

## AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 13** \_Bekanntmachungen im Internet

## KOLUMNE

- 25** \_Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik

## KV INTERN

- 24** \_Leserbiefe  
**26** \_Steckbrief:  
Dr. Stefan Renz  
**27** \_Terminkalender

## BILDNACHWEIS

Titelbild: Ideeah Studio/Fotolia, Nasonovvasiliy/Fotolia (M); Seite 7: Hamburger Abendblatt; Seite 8: Ion Popa/Fotolia; Seite 9: KBV Juppe; Seite 10: Sandra Kaiser; Seite 13: Fotografci/Fotolia; Seite 17: Michael Zapf; Seite 18: Spotmatikphoto/Fotolia; Seite 19: Felix Faller/Alinea; Seite 23: iStockphoto; Seite 25: Barbara Klemm; Seite 28: Felix Faller/Alinea; Icons: iStockphoto, Fotolia

## Hat der KBV-Konflikt dem System geschadet ?

Wir haben drei Journalisten um ihre Einschätzung gebeten.



**Michael Reischmann**  
Chefredakteur Medical Tribune

### »Das KV-System schwankt, aber es fällt nicht«

Nein, noch hat der Konflikt dem System nicht geschadet. Reden wir von einem Imageschaden? KV-Mitglieder und außenstehende Beobachter sind es doch gewohnt, dass es in der ärztlichen Selbstverwaltung rumort und dass vielleicht auch mal jemand seinen Hut nehmen muss. So ist das eben, wenn man teilweise gegensätzliche Interessen vertreten muss. Ist das KV-System geschwächt? Mal abwarten. Nimmt der neue Gesundheitsminister Gröhe die Ideen der Koalitions-Unterhändler von Union und SPD auf – gerade was die Bestrebungen der Hausärzte nach mehr Selbstbestimmung betrifft? **Die Vertragsärzte wissen, was sie an ihrer KV haben. Das zeigen die KBV-Umfrage vor einem Jahr und der gescheiterte Systemumstieg in Bayern.** Das wissen auch die Befürworter von Selektivverträgen. Den Verantwortlichen im KV-System muss nicht bange sein. Ab und zu schwankt es, aber es fällt nicht. ■



**Helmut Laschet**

Ressortleiter Gesundheitspolitik  
der Ärzte Zeitung

## »Altes Claim-Denken wird wieder zum Leben erweckt«

Man sollte dieses ganze Thema deutlich tiefer hängen. Ich sehe hier noch keinen Systemschaden, vor allem nicht in der Außenwirkung. Allerdings ist der Konflikt in der KBV-Führung für die Vertragsärzte dennoch ärgerlich, weil ihre Selbstverwaltung in der Vergangenheit ihre Aufgaben offenbar nicht richtig wahrgenommen hat. Zu den Aufgaben der KBV-Vertreterversammlung gehört es nämlich unter anderem, den Haushalt abzustimmen und seine Einhaltung zu überwachen. Unter Umständen braucht die Vertreterversammlung hierfür professionelle Hilfe in Form von Wirtschaftsprüfern oder Anwälten. **Viel problematischer für die Zukunft des KV-Systems finde ich den Plan der Großen Koalition, die Vertreterversammlungen von KBV und KVen künftig paritätisch mit Haus- und Fachärzten zu besetzen.** Damit wird altes Claim-Denken wieder zum Leben erweckt – und das ist kontraproduktiv. ■



**Dr. Christoph Rybarczyk**

stellvertretender Leiter  
der Online-Redaktion des  
Hamburger Abendblatts

## »Streitereien schaden dem Image aller Ärzte«

**Der Konflikt unterschiedlicher Interessengruppen innerhalb des KV-Systems wird fast ausschließlich von der Fachöffentlichkeit wahrgenommen.** Allerdings fällt er auf die gesamte Ärzteschaft zurück. Denn für die breite Bevölkerung und letztlich den Patienten ist es unmöglich, zwischen der Fülle an Ärzteverbänden und Standesvertretungen zu differenzieren. Marburger Bund, Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer, NAV-Virchow-Bund, Freie Ärzteschaft – welche Organisation eigentlich welche Aufgaben hat und welche Interessen verfolgt, ist für Otto Normalverbraucher nicht nachvollziehbar. Auch für Journalisten oft nicht. Was von Streitereien innerhalb dieser Organisationen nach außen dringt, schadet dem Image aller Ärzte. Und ein solcher Eindruck kann durchaus das Vertrauen der Bevölkerung in die Ärzteschaft beschädigen. Dabei hat gerade die KV eine so bedeutende Funktion. ■

# Wie bei Hofe

Streit und Intrigen prägen bisher die Amtszeit von KBV-Vizechefin **Regina Feldmann**. Der neue Hausarzt-EBM wurde hinter verschlossenen Türen konzipiert. Nun steht sogar die Einheit des KV-Systems in Frage.



**F**assungslos schaute sie in die Ferne. Damit hatte sie nicht gerechnet. Es war doch alles vorab besprochen gewesen. Doch nun hatte sie nicht die erwartete Mehrheit und schon gar nicht die erhoffte große Mehrheit erhalten, sondern nur exakt die Hälfte der Stimmen. 30 Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) votierten für Regina Feldmann, exakt die gleiche Zahl für den Hamburger Hausarzt Dr. Stephan Hofmeister, der ohne Verband oder Gruppierung im Rücken angetreten war, um Mitglied im Vorstand der KBV zu werden.

Hektisches Treiben setzte ein; die Unterstützer von Frau Feldmann bearbeiteten Vertreter, die als Wackelkandidaten galten. Und es gelang: Ganz offenbar ließ sich ein Delegierter überreden, Frau Feldmann erhielt im zweiten Wahl-

gang 31 Stimmen. So konnte am 21. Mai 2012 in Nürnberg ein Prozess beginnen, an dessen Ende das KV-System möglicherweise nicht mehr das sein wird, was es jahrzehntelang war: eine Interessenvertretung *aller* niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten.

Die dramatischen Folgen dieser Wahl waren zunächst nicht zu spüren. Die KBV arbeitete ruhig, der damalige Bundesgesundheitsminister

**Anstatt auf die Kritik einzugehen, schottete sich der Arbeitskreis um die Vizechefin noch stärker ab.**

Daniel Bahr (FDP) hatte der Selbstverwaltung erstmals Rechte zurück gegeben - das musste umgesetzt werden. Und mit der (eher zufällig initiierten) Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ brachte sich das KV-

System zum ersten Mal seit Jahren publizistisch in die Vorhand.

Doch hinter den Kulissen sah es schon nicht mehr so gut aus. Feldmann dachte nicht im Mindesten daran, ihre Ein-Stimmen-Mehrheit durch eine konziliante Politik auszubauen – sie setzte sofort auf Konfrontation. Das führte natürlich zu Auseinandersetzungen mit KBV-Chef Dr. Andreas Köhler, was sich trotz aller Bemühungen immer weniger kaschieren ließ.

Feldmann hatte Köhler schon kurz nach ihrer Wahl zu verstehen gegeben, dass sie sich als allein zuständig für alle hausärztlichen Belange sehe. Das bedeutete vor allem, dass sie sich um die hausärztlichen Honorarfragen kümmern wolle, obwohl das Thema Honorar nach der Geschäftsverteilung Köhler zugeordnet war.

Doch Köhler stimmte zu. Feldmann scharte daraufhin ein „Board“

um sich. Dieses Gremium war auf Vorschlag von Köhler im Dezember 2011 gebildet worden, nachdem sein Vize Dr. Carl-Heinz Müller sein Amt Hals über Kopf hingeworfen hatte. Es hatte eigentlich lediglich die Zeit überbrücken sollen, bis ein neuer Vorstand gewählt werden konnte. Doch Feldmann setzte es als eine Art Küchenkabinett ein.

Zu den festen Mitgliedern gehörten Dr. Burkhard John (KV-Chef Sachsen-Anhalt), Dr. Dieter Kreye (KV-Vorstand Mecklenburg-Vorpommern), Angelika Prehn (KV-Chefin Berlin), Dr. Wolfgang-Axel Dryden (KV-Chef Westfalen-Lippe) und Dr. Wolfgang Krombholz (KV-Chef Bayern). Andere hausärztliche Vorstandsmitglieder waren nur sporadisch Gäste des „Boards“. „Es ging zu wie bei Hofe“, karikierte Hamburgs KV-Chef Walter Plassmann die Situation in einem Interview – dementiert wurde nicht.

Hauptaufgabe des „Boards“ sollte sein, einen „Hausarzt-EBM“ zu kreieren. Damit sollte auch ein Problem angegangen werden, das vor allem ihrer Heimat-KV Thüringen zusehends Sorge bereitete: Die Hausärzte konnten das zur Verfügung stehende Geld mit ihrer Abrechnung nicht mehr abholen. Die extreme Pauschalierung machte das Leistungsgeschehen nicht nur intransparent, sondern begrenzte vor allem die abrechenbaren Punktzahlmengen. Deshalb sollten die Leistungen wieder aufgefächert werden.

Allerdings sollte dies nicht mit der Gießkanne geschehen. Vor allem Krombholz legte großen Wert darauf, dass nur „Versorgerpraxen“ von zusätzlichem Geld profitieren sollten. Er hatte dazu ein Raster entwickelt, mit dem aus Abrechnungs- und Verordnungsdaten eine „Versorgerpraxis“ von einer Praxis abgegrenzt werden konnte, die sich in einer

medizinischen Nische betätigte. Im Laufe der Diskussionen wurde die Systematik von „Versorgerpraxis“ auf „Versorgerfälle“ umgestellt.

Das „Board“ arbeitete strikt vertraulich. Die Gremien wurden mit Plattitüden abgespeist und damit vertröstet, dass die Berechnungen noch nicht abgeschlossen seien. Als im für Honorarfragen zuständigen „Arbeitskreis 4“ (AK 4) endlich einmal Details vorgestellt wurden, die allerdings vor allem neue Fragen aufwarfen, war dies nicht der Beginn einer Diskussion über den „Hausarzt-EBM“, sondern der Beginn der Vorwürfe von Frau Feldmann, in der KBV werde (vorsätzlich) gegen sie intrigiert.

Der Präsentation war zu entnehmen, dass Frau Feldmann den Kassen zugesagt hatte, die Reform „punktzahlneutral“ zu halten – eine wesentliche Zielrichtung der Reform (nämlich eine Erhöhung der abgerechneten Punktzahlen, um das Budget ausschöpfen zu können) war also schon aufgegeben worden. Auch die von Krombholz verlangte Differenzierung war nur rudimentär übernommen. Enttäuschte Kritiker wurden auf eine „2. Stufe“ vertröstet, die 2014 kommen soll.

Anstatt sich mit der Kritik auseinanderzusetzen, schottete sich das Board um Feldmann noch stärker ab. Der immer wieder vorgebrachte Wunsch, Detailinformationen zu erhalten, um die Auswirkungen der Reform auf der Landesebene berechnen zu können, wurde regelhaft zurückgewiesen. Die Daten kamen dann nahezu zeitgleich mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses – und waren unbrauchbar, da sie eine derart große Zahl von Annahmen voraussetzten,



Auf Konfrontationskurs: Dass der Abwahantrag gegen sie an drei fehlenden Stimmen scheiterte, feierte Regina Feldmann als „großen Erfolg“.

Verheerendes Feedback:  
Schlagzeilen in den  
Medien zum neuen  
Hausarzt-EBM

dass das Ergebnis beliebig vorherbestimmt werden konnte.

Doch nun baute sich landauf, landab Unmut bei denjenigen auf, die eigentlich von der Reform hätten profitieren sollen – den Hausärzten. Für Hausärzte, die ihr Honorar quotiert erhalten, war es ein Spiel „linke Tasche, rechte Tasche“ – wobei allerdings nicht vorhergesagt werden konnte, wer die linke und wer die rechte Tasche hat. Für die Kollegen in anderen KVen brachte es keine Änderung, denn die Reform war ja „punktzahlneutral“ angelegt. Sie konnten das Budget noch immer nicht ausschöpfen. Und von einer wirksamen Differenzierung durch die Strukturpauschale gingen noch nicht einmal die Bayern aus.

Schließlich mussten die KV-Vorstände reagieren. Nachdem jegliche Versuche, die Reform nachzubessern, an der starren Haltung von Frau Feldmann und ihres Boards abgeprallt waren, stellten einige KV-Vorstände den Antrag, den EBM auszusetzen. Der Antrag wurde dahingehend abgeändert, dass zuvor noch versucht werden sollte, in Verhandlungen mit den Krankenkassen einige sehr grobe Fehler auszumerzen.

Diese Auseinandersetzungen spülten allerdings ganz andere Entwicklungen ans Tageslicht, die bis dato verborgen geblieben waren. Auf der einen Seite erkannte Feldmann, dass ihre Mehrheit in der Vertreterversammlung bedrohlich wackelte und auf der anderen Seite beklagte Köh-

ler sich zusehends öffentlich über die Art und Weise der (Nicht-)Zusammenarbeit von Frau Feldmann.

Viele jener, die mit der Thüringerin zusammengearbeitet hatten, klagten über ihren Stil: persönliche Anwürfe, sprunghaft sich ändernde

**Unmut baute sich bei jenen auf, die eigentlich von der Reform hätten profitieren sollen: den Hausärzten.**

Meinungen und permanenter Druck, den sie ausübe. Feldmanns erste Vorstandskollegin Dr. Ellen Lundershausen hatte bereits nach kurzer Zeit entnervt hingeworfen: „Zweieinhalb Jahre hauptamtliche Vorstandstätigkeit haben mir gezeigt, dass un-

sere derzeitige personelle Besetzung Defizite aufweist, die dringendem Handlungsbedarf entgegenstehen.“, erklärte sie sibyllinisch ihrer Vertreterversammlung.

Die Wahl des nächsten ärztlichen Vorstandskollegen Dr. Thomas Schröter versuchte Regina Feldmann durch die Erklärung zu verhindern, mit diesem nicht zusammenarbeiten zu können. Als Schröter die erste Kampfabstimmung dennoch knapp gewonnen hatte, bewarb sie sich

weiter und wurde schlussendlich gewählt. Die anschließenden Vorstandsstreitigkeiten wurden als Thüringer Hausarzt-Facharzt-Konflikt bekannt. Dieser Konflikt endete nach eineinhalb Jahren schlagartig: mit dem Wechsel von Frau Feldmann von

Kein gut  
Alles nur Murks !?  
Scha  
neuen  
Eher ein Geriatrie-EBM,  
als ein Hausarzt-EBM  
w  
d

# es Haar am Hausarzt-EBM

## erfe Kritik am Hausarzt-EBM

## Verbraucht den neuen EBM?

Weimar nach Berlin. Mit Feldmanns Nachfolgerin Dr. Annette Rommel konnten Haus- und Fachärzte einen neuen Anfang verabreden.

KBV-Chef Dr. Andreas Köhler hatte mit dem Stil der „Mobbing-Queen“ (Nachrichtendienst dfg) ebenfalls Probleme. Zunächst intern, dann auch öffentlich klagte er darüber, dass eine sachliche Auseinandersetzung nicht möglich sei, dass die KBV-Mitarbeiter zunehmend verunsichert seien und dass der Streit persönlich werde.

Auch in der KBV-Vertreterversammlung wuchs der Unmut. Für die Verhandlungsrunde des Jahres 2013 hatte die Vertreterversammlung auf Vorschlag des Vorstandes beschlossen, die haus- und fachärztlichen Grundpauschalen extra-budgetär stellen zu wollen. Eine geschickte Argumentation hierfür bot

die Einführung der „Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung“.

Doch wenige Wochen später bezweifelte Frau Feldmann plötzlich, dass die hausärztliche Versichertenpauschale überhaupt eine Grundpauschale sei. Nachdem daraufhin eine ausreichende Zahl von Vertreterversammlungs-Mitgliedern eine Sondersitzung verlangt hatte, um sie der Missachtung von Vertreterversammlungs-Beschlüssen zu zeihen, ruderte sie zwar zurück, doch das Kind war in den Brunnen gefallen: Die Krankenkassen nahmen diese Steilvorlage dankend an, um das ganze Thema auf 2015 zu verschieben.

Damit hatten sie es nicht nur vom Tisch, sondern ganz nebenbei auch dafür gesorgt, dass es in den regionalen Honorarverhandlungen nicht mehr angesprochen werden konnte.

Doch es sollte noch heftiger kommen. Wenige Tage vor der KBV-Vertreterversammlung am 8. November 2013 präsentierte Frau Feldmann ihrem Vorstandskollegen einen Vorschlag für eine neue Satzung und eine neue Geschäftsordnung. Wesentliche Inhalte: Eine Alleinzuständigkeit des hausärztlichen Vorstandsmitglieds für alle hausärztlichen Fragen, ein umfassendes Vetorecht, einen jeweils nur ihr verantwortlichen Mitarbeiter in den Dezernaten sowie eine Sektionierung der Vertreterversammlung in hälftig Haus- und hälftig Fachärzte, wobei auch dort bei hausärztlichen Fragen nur die Hausärzte zu entscheiden haben sollten.

Köhler schäumte, und mit ihm die große Mehrheit der Vertreterversammlung, die dies als Versuch der Spaltung der KV empfand. Als Frau Feldmann bemerkte, dass der Widerstand zu heftig wurde, sprach sie von einem „Missverständnis“ und „doch bloß von Ideen“, über die man sich geweigert hätte, mit ihr zu reden. Dieses Verhalten war typisch: Missverständnis, Intrige, die Schuld immer bei anderen suchen – dies hatten die KV-Vorstände und die KBV-Vertreter nun zur Genüge kennengelernt.

Bedrohlich wurde es aber dadurch, dass die alte Mehrheit verloren gegangen war. Der Antrag zur Aussetzung des EBM hatte eine deutliche Mehrheit erhalten und bei einer Abstimmung über den Kern der Feldmannschen Reform-Ideen schrumpfte die Zustimmung auf 16 Vertreterversammlungs-Mitglieder – der harte Kern.

Jetzt machte Frau Feldmann gar keinen Hehl mehr aus ihrer Einstellung: Ihr ging es nicht um die Mehr-

heit in der Vertreterversammlung, sondern um die Mehrheit der Hausärzte in der Vertreterversammlung. 24 Hausärzte saßen in der KBV-Vertreterversammlung, 24 Fachärzte, sechs Psychotherapeuten und sechs KV-Vorstände, die etwas anderes als Medizin studiert haben. 16 Stimmen gegen 44? Kein Problem - solange es 16 hausärztliche Stimmen sind.

Hier steckt der Kern des Konfliktes. Frau Feldmann pflegt ein Lagerdenken, wie es so rücksichtslos noch niemals praktiziert wurde. Sie verkennt dabei die Rechtsnatur der KBV. Die KBV ist keine Organisation von Ärzten, sondern von anderen Organisationen, nämlich der KVen. Nur die 17 KVen sind Mitglieder der KBV. Deshalb sitzen auch die Vorsitzenden und die stellvertretenden Vorsitzenden der KVen als „geborene“ Mitglieder in der KBV-Vertreterversammlung. Die „Ehrenamtler“ sollen lediglich die Größenunterschiede der KVen berücksichtigen, sie ändern nichts daran, dass die KBV-Vertreterversammlung nicht die ärztliche „Basis“ widerspiegelt, sondern das KV-System. Wenn nun ein KV-Vorstand – womöglich sogar mit einem entsprechenden Votum seiner Vertreterversammlung im Rücken – seine Stimme in der KBV-Vertreterversammlung abgibt, dann tut er das nicht als Hausarzt oder Facharzt oder Jurist oder Volkswirt, sondern als Vertreter seiner KV.

Doch diese Sichtweise hat sich Frau Feldmann noch nie zu eigen gemacht. Nach der schwer erträglichen Schlammschlacht bei der Vertreterversammlung am 6. Dezember 2013

hatte der zwischenzeitlich an einem Herzinfarkt erkrankte KBV-Chef Köhler schriftlich seinen Rücktritt angeboten, wenn auch Frau Feldmann zurücktrete - damit ein Neuanfang organisiert werden könne. Doch Feldmann lehnte ab: „Ich habe mir nichts zu Schulden kommen lassen und ich frage die Hausärzte, ob ich

## Dass die Ärzteschaft durch Aufspaltung in eine bessere Verhandlungsposition kommt, ist kaum anzunehmen.

weiterarbeiten soll.“ Die Hausärzte wohlgermerkt, nicht die KBV-Vertreterversammlung, nicht die KVen, nicht das System.

37 Delegierte unterstützten in der KBV-Vertreterversammlung am 13. Dezember 2013 einen gegen Regina Feldmann gerichteten Abwahlantrag; er scheiterte an drei fehlenden Stimmen. Feldmann feierte dies als „großartigen Erfolg“ – eine etwas merkwürdige Einschätzung angesichts der Tatsache, dass offenbar fast zwei Drittel des Gremiums, dem man verantwortlich ist, der Ansicht sind, man sei fehl am Platze.

Wie es nun weitergeht, ist schwer einzuschätzen. Bei dem Konflikt ging es nicht (nur) um persönliche Animositäten zwischen Köhler und Feldmann, sondern auch um ein völlig unterschiedliches Amtsverständnis: Köhler, der aus gesundheitlichen Gründen seinen Rücktritt zum 1. März angekündigt hat, war immer ein vehementer Verfechter der Gesamtärzteschaft. Dafür trat er auch durchaus mehr als einmal denjenigen

vor das Schienbein, die ihn unterstützten. Aber wenn das zum Wohle des KV-Systems war, kannte er weder Feind noch Freund.

Deshalb hatte er bei seiner Wiederwahl 2011 auch versucht, einen Vorstand aus drei Personen zusammenzustellen, bei dem er auf der Position des Neutralen agieren wollte.

Doch damit konnte er sich nicht durchsetzen – und Frau Feldmann war eine der treibenden Gegenkräfte. Sie steht für die Lagerperspektive. Sie steht für eine rücksichtslose Politik der Trennung, die in ihrer Blindwütigkeit

noch nicht einmal erkennt, dass sie denjenigen schadet, denen sie zu helfen vorgibt. Denn es ist nicht auszuschließen, dass ihre verengte Perspektive von der Politik aufgegriffen wird, damit endlich wieder Ruhe einkehrt. Dann werden die KVen aufgespalten. Das Ergebnis aber wird ähnlich sein wie beim Hausarzt-EBM. So wenig wie dieser den Hausärzten nützt, so wenig werden sie von einer „Hausarzt-KV“ profitieren.

Die Krankenkassen fusionieren, um mehr Marktmacht zu erhalten. Niemand wird ernsthaft erwarten, dass die Ärzteschaft ausgerechnet durch Aufspaltung in eine bessere Verhandlungsposition kommt. Wenn Hausarztvertreter und Vertreter der übrigen KV-Mitglieder in Konkurrenz zueinander mit den Krankenkassen verhandeln, werden diese das Naheliegende tun: Sie werden die Arztgruppen gegeneinander ausspielen und die Preise drücken. Das ist nicht im Interesse der Vertragsärzteschaft – und im Interesse der Grundversorger schon gar nicht. ■

## Amtliche Veröffentlichung

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) wird unter der Rubrik „Recht und Verträge / Amtliche Bekanntmachung“ Folgendes bekannt gegeben:

Verträge:

- Vereinbarung zur **Bereinigung des Behandlungsbedarfes** bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V im Falle **KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme** vom 20. Dezember 2010 in der Fassung des Nachtrages vom 23. September 2013 mit Gültigkeit für das **Jahr 2014** (Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgelaufen).
- **Übergangsregelung zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes** bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V im Falle **KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme** in der Fassung des Nachtrages vom 23. September 2013 für das **1. Quartal 2014**.
- Vereinbarung zur **Bereinigung des Behandlungsbedarfes** bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V mit der **Techniker Krankenkasse** mit Gültigkeit für das **Jahr 2014** (Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgelaufen).
- **Übergangsregelung zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes** bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V für das **1. Quartal 2014** mit der **Techniker Krankenkasse**.
- Vereinbarung zur **Bereinigung des Behandlungsbedarfes** bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V mit der **IKK classic** mit Gültigkeit für das **Jahr 2014** (Das Unterschriftenverfahren war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgeschlossen und die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz noch nicht abgelaufen).
- **Übergangsregelung zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes** bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V für das **1. Quartal 2014** mit der **IKK classic**.

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns hierzu an. ■

**Ansprechpartner:**  
Infocenter, Tel: 22802-900

# PATIENTENBERATUNG

## HILFE FÜR IHRE PATIENTEN



... eine Einrichtung der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg  
[www.patientenberatung-hamburg.de](http://www.patientenberatung-hamburg.de)  
Tel: 040 / 202 299 222

ÄRZTEKAMMER  
HAMBURG

**KVH**

Montag - Dienstag: 9 - 13; 14 - 16 Uhr  
Mittwoch: 9 - 12; 14 - 18 Uhr  
Donnerstag: 9 - 13; 14 - 16 Uhr  
Freitag: 9 - 12 Uhr

# Solides Ergebnis im KBV-Korsett

Die Honorar-Verhandlungen für 2014 verliefen ruhiger als im Jahr zuvor. Viele Streitpunkte sind durch den Schiedsspruch beigelegt worden, weitere Handlungsmöglichkeiten hatte die Bundesebene vereitelt. Unterm Strich wird es einen **Honorarzuwachs von rund drei Prozent** geben.

**N**ach der Eskalation des Honorarkonflikts im vergangenen Jahr war klar: Sowohl die Krankenkassen als auch die KV Hamburg wollten in der Verhandlungsrunde 2014 vermeiden, ein weiteres Mal vor dem Schiedsamt zu landen.

Das Bemühen, wieder konstruktive Verhandlungen zu führen, zeigte sich bereits in der Besetzung des ersten Treffens, einer „Elefantenrunde“ am 31. Oktober 2013: Die Vorstände der Krankenkassen und der KV sondierten zusammen mit den Fachreferenten, auf welchen Gebieten Einigkeit zu erzielen war und welche Streitpunkte es gab.

Bei einem weiteren Treffen auf Referentenebene am 13. November 2013 wurden die Rahmen festgesteckt, deren Inhalte anschließend durch den schriftlichen Austausch verschiedener Entwürfe im Detail ausverhandelt wurden.

Unstrittig war: Die Ergebnisse der Verhandlungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverband werden in Hamburg eins zu eins umgesetzt. Der Orientierungswert steigt also um 1,3 Prozent auf 10,13 Cent.

Darüber hinaus gibt es wie im vergangenen Jahr einen regionalen Zuschlag von 2,083 Prozent, wodurch sich der „Hamburger Punktwert“ auf insgesamt 10,3410 Cent erhöht.

Das Schiedsamt hatte entschieden, den Hamburger Ärzten und Psychotherapeuten einen Aufschlag zu gewähren, weil sie eine überdurchschnittlich hohe Kostenbe-

lastung zu tragen haben. Allerdings haben die Krankenkassen gegen diese Entscheidung geklagt. Deshalb enthält die neue Honorarvereinbarung eine Klausel: Sollten die Krankenkassen durch alle Instanzen hindurch Recht bekommen, muss der bis dahin Jahr für Jahr ausgeschüttete Aufschlag zurückgezahlt werden. Der „Hamburger Punktwert“ steht also unter Vorbehalt, was sich insoweit auf die Honorarbescheide auswirkt, als auch diese unter Vorbehalt gestellt werden müssen.

Auf Bundesebene festgelegt wurden auch die Veränderungsdaten der Morbiditätsstruktur. Der Bewertungsausschuss ermittelte für Hamburg eine Morbiditätsrate von 1,4 Prozent und eine Demographierate von 0,41 Prozent. Mit diesen Raten wird der zusätzliche Behandlungsbedarf berücksichtigt. Die Morbiditätsrate basiert insbesondere auf den Behandlungsdiagnosen, die Demographierate auf Kriterien wie Alter und Geschlecht.

Wie diese beiden Raten zu gewichten sind, entscheiden die regionalen Verhandlungspartner. In Hamburg gab es darüber im vergangenen Jahr völlig gegensätzliche Auffassungen. Die KV Hamburg argumentierte, die Demographie sei in der Morbidität bereits enthalten: Zwar nehmen ältere Menschen die medizinische Versorgung öfter und intensiver in Anspruch. Doch die Versicherten gehen zum Arzt, weil sie krank sind – und nicht weil sie ein bestimmtes Alter haben.

Das Schiedsamt folgte dieser Argumentation nicht vollständig, aber immerhin tendenziell: Die Morbidität wird zu zwei Dritteln, die Demographie zu einem Drittel gewertet. Das bedeutet für 2014: Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung steigt in Hamburg wegen des zusätzlichen Behandlungsbedarfs um 0,8938 Prozent.

Diese Sichtweise ist nach Auffassung der KV Hamburg falsch. Die Morbiditätsentwicklung ist von den Krankenkassen zu 100 Prozent zu bedienen; nur wenn es Zweifel an der Diagnosequalität gibt, kann es hiervon Abschläge geben. Das Gesetz lässt diesbezüglich aber einen minimalen Spielraum, so dass unsere Bemühungen dahin gehen müssen, das Gesetz an dieser Stelle zu präzisieren. Dann gehört das Geschacher um den „Schieberegler“ der Vergangenheit an.

Zur Förderung von Leistungen der Grundversorgung stellen die Krankenkassen für 2014 bundesweit 140 Millionen Euro zusätzlich bereit. Von diesem Betrag fließen jeweils 70 Millionen Euro in die haus- und in die fachärztliche Versorgung. Dieses Geld wird nach einem auf Bundesebene festgelegten Schlüssel dergestalt auf die Regionen verteilt, dass die jeweiligen Grundbeträge entsprechend erhöht werden.

Zur Verwendung der zusätzlichen Finanzmittel wurde vom Erweiterten Bewertungsausschuss eine Festlegung getroffen: Die neue Zusatzpauschale für die Wahrnehmung

des hausärztlichen Versorgungsauftrags (Vorhaltepauschale) und die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) wurden entsprechend höher bewertet.

Die KBV war zur Verhandlung für das Honorar 2014 mit der Forderung angetreten, alle Grund- und Versichertenleistungen aus dem Budget herauszunehmen. Mindestziel war ein „Einstieg in den Ausstieg“. Damit jedoch stieß die KBV bei den Krankenkassen auf Granit, ungeschicktes Verhandeln auf der zerstrittenen KBV-Seite tat sein Übriges.

Die Verhandlungspartner beschlossen, zunächst haus- und fachärztliche Grundleistungen zu definieren und Versorgungsziele festzulegen – und das Thema nächstes Jahr erneut auf die Tagesordnung zu setzen. Dieses Vorgehen wurde von der KV Hamburg scharf kritisiert: „Damit ist den regionalen KVen jede Möglichkeit genommen worden, ihrerseits über Ausdeckelungen im Grundleistungsbereich zu verhandeln“, so KV-Hamburg-Chef Walter Plassmann. „So ist es ausgerechnet die eigene Selbstverwaltung, die den mühsam erkämpften regionalen Handlungsspielraum hier zunichte macht.“

Großen Raum in den Hamburger Verhandlungen nahm die Weiterführung und Ausgestaltung des Schiedsamtbeschlusses aus dem vergangenen Jahr ein. Die meisten Regelungen wurden in den Honorarvertrag 2014 übernommen, doch in einigen Punkten musste nachgebessert werden.

Die Haus- und Heimbefuche werden durch den Schiedsamtbeschluss bereits seit vergangem Jahr unbudgetiert bezahlt. Allerdings blie-

ben die Besuche während der Praxiszeit bisher unberücksichtigt. Die KV Hamburg konnte in den Verhandlungen erreichen, dass auch diese beiden Ziffern (GOP 01411 und 01412) aus dem Budget genommen wurden.

Bei den onkologischen Leistungen, die ebenfalls seit vergangem Jahr ausgedeckelt wurden, musste ein Bezug korrigiert werden. Die Schiedsamtentscheidung sieht vor, dass tagesklinische Betreuungsleistungen nur im Zusammenhang mit Transfusionsleistungen extrabudgetär bezahlt werden. Diese Einschränkung war inhaltlich nicht begründbar und wurde aufgehoben. Künftig werden nicht nur die Hämato-/Onkologischen Zusatzpauschalen, sondern auch alle tagesklinischen Betreuungsleistungen sowie die Transfusionsleistungen extrabudgetär bezahlt, soweit die Behandlung im Zusammenhang mit onkologischen Grunderkrankungen

## Die Verhandlungspartner wollten vermeiden, ein weiteres Mal vor dem Schiedsamt zu landen.

steht. Diese Änderung betrifft auch die von der letztjährigen Schiedsamtentscheidung mitbetroffenen Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie die Fachärzte für Urologie.

Eine Ausdeckelung weiterer Psychotherapieleistungen konnte die KV Hamburg nicht durchsetzen. Es gibt eine kleine Gruppe von Ärzten und Ärztinnen, die zwar die Genehmigung zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen haben, aber die 90-prozentige Auslastung nicht erreichen. Damit werden deren probatorische Leistungen nicht extrabudgetär bezahlt. Dies zu ändern, lehnten die

Krankenkassen unter anderem unter Hinweis auf die inhaltlich geführten Auseinandersetzungen im Schiedsamt 2013 ab.

Wie bereits im Jahr zuvor forderte die KV Hamburg auch für 2014 wieder eine Vergütung der Hyposensibilisierung außerhalb des Budgets. Die Behandlung ist versorgungspolitisch wünschenswert, aber sehr langwierig und mit Unannehmlichkeiten verbunden, weshalb es immer wieder Probleme mit der Compliance gibt. KV und Krankenkassen einigten sich darauf, dem Arzt für jeden Patienten, der die Behandlung planmäßig abgeschlossen hat, extrabudgetär einen Bonus zu bezahlen.

Vollständig abgelehnt haben die Kassen eine Ausdeckelung der Polysomnographie. Die Rahmenbedingungen für die Vergütung der Schlaflabordiagnostik haben sich in den vergangenen Jahren immer wieder geändert: Im Jahr 2009 galten feste Preise, seit 2010 sind die Leistungen wieder vollständig budgetiert. Seit 2012 prüfen die Krankenkassen die medizinische Notwendigkeit jenes Teils der Leistungen,

die belegärztlich abgerechnet werden, was wiederum zu Unwägbarkeiten für die Ärzte führt. Die Krankenkassen sagten zu, das Problem zu lösen, indem sie ihre Prüfpraxis überdenken.

Unterm Strich bedeutet das Verhandlungsergebnis für die Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten im Jahr 2014 voraussichtlich einen Honoraranstieg um rund drei Prozent. Ein solides Ergebnis, nicht mehr, aber auch nicht weniger. ■

**Die Inhalte der Honorarvereinbarung im Wortlaut finden Sie unter: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Recht & Verträge → amtliche Bekanntmachungen**

VON BARBARA LUBISCH

# Unzulässige Einflussnahme

Krankenkassen setzen **psychisch Kranke unter Druck** - offenbar, um Behandlungshonorare und Krankengeld zu sparen. Das legt eine Umfrage der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung nahe.

**I**mmer öfter kommt es vor, dass psychisch kranke Menschen während ihrer Behandlungszeit von den Krankenkassen mit Anrufen und Befragungen unter Druck gesetzt werden. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) hat rund 2.600 Mitglieder befragt. Die Auswertung zeigt, wie verbreitet dieses Vorgehen ist. Anscheinend reagieren die Krankenkassen damit auf den durch psychische Krankheiten ausgelösten Kostenanstieg.

Die betroffenen Patienten werden von Sachbearbeitern angerufen oder zu einem Termin einbestellt. Ziel dieser Interventionen ist es ganz offensichtlich, Behandlungshonorare oder Krankengeld einzusparen. Die sogenannten „Berater“ drängen die Versicherten dazu, die Behandlung schnell zu beenden und wieder zur Arbeit zu gehen.

Manchmal wird den Patienten nahe gelegt, die Arbeitsstelle zu kündigen. In diesem Fall wären die Krankenkassen trotz fortwährender Krankheit der Patienten von der Pflicht entbunden, Krankengeld zu zahlen, weil das Arbeitsamt für den Unterhalt zuständig würde.

In einem von der DPtV dokumentierten Erfahrungsbericht ei-

ner Patientin heißt es: „Nach einem Krankenstand von drei Monaten wurde ich (von der Krankenkasse) zu einem persönlichen Gespräch eingeladen. Die Beraterin befragte mich über mein Krankheitsbild, worauf ich erklärte, dass ich in Psychotherapie bin. Sie wollte wissen, was der Auslöser gewesen sei. Sie riet mir, ich solle einen Auflösungsvertrag mit meiner Firma machen. Bei einem zweiten Termin eröffnete meine Sachbearbeiterin das Gespräch mit dem Satz, ich sei wegen der Arbeit krank.“

Kein Einzelfall: Ein Psychotherapeut berichtet, eine Krankenkasse habe sich bei seiner Patientin telefo-

**Mal werden die Patienten gedrängt, Medikamente zu nehmen, mal wird ihnen nahegelegt, ihre Arbeit zu kündigen.**

nisch nach dem Gesundheitszustand erkundigt, wobei die Frage gestellt worden sei, ob sie ihre Arbeitsstelle nicht kündigen wolle.

Durch solche Interventionen fühlen sich die Betroffenen massiv verunsichert. Die Nachstellungen der Krankenkassen hätten bei einer Patientin „starke Angst hervorgerufen“, berichtet ein Psychotherapeut. „Ich

war emotional so angeschlagen, dass ich weinen musste“, so eine Patientin über das Beratungsgespräch mit einer Sachbearbeiterin. „Ich war wie auf einem Präsentierteller. Jeder im Raum bekam meinen Weinkrampf und das Gespräch mit.“

Trotz unzureichender Fachkenntnisse versuchen Kassen-Mitarbeiter, sich in das Therapiegesehen einzumischen. Mal wird Patienten nahegelegt, den Therapeuten oder Arzt zu wechseln, mal werden sie bedrängt, Antidepressiva zu nehmen oder entgegen dem Votum des behandelnden Therapeuten stationäre Maßnahmen zu beginnen. Um die Patienten gefügig zu machen, schüren die „Berater“ offenbar immer wieder die Angst, die Kasse werde existenzielle Geldleistungen verweigern. „Der Sachbearbeiter hat der Versicherten gedroht,

ihr das Krankengeld zu streichen, wenn sie die stationäre Maßnahme weiter ablehnt“, berichtet ein Psychotherapeut. Ähnliche Erfahrungen machte eine Patientin, die auf eine entsprechende Nachfrage hin angab, keine Antidepressiva zu nehmen: „Da meinte die Sachbearbeiterin, dass die Patientin dann wohl das Krankengeld nicht bekäme. Die Pa-

tientin schilderte die Sachbearbeiterin als sehr unfreundlich, fast schon bedrohlich in ihren Äußerungen“, so ein Therapeut.

Offenbar behaupten Krankenkassen-Mitarbeiter oder von Krankenkassen angeheuerte externe Dienstleister (beispielsweise Call Center) immer wieder, die Patienten seien zu Auskünften über ihre Erkrankung verpflichtet. Die DPtV stellt dazu klar: Das ist nicht richtig. Die Patienten sollten sich weigern, Informationen über die Krankheit und den Psychotherapieverlauf herauszugeben. Zwar haben gesetzlich Versicherte die Pflicht, auf Verlangen der Krankenkasse Auskünfte über Daten zu geben, die diese für ihre Aufgaben benötigt, zum Beispiel über das Einkommen. Krankenkassen können auch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit gutachterlichen Stellungnahmen zur Arbeitsunfähigkeit beauftragen. Die Überwachung oder gar Einmischung in eine Therapie ist aber sowohl der Krankenkasse als auch dem MDK und erst recht externen Dienstleistern untersagt.

Die DPtV kritisiert die Versuche von Krankenkassen, ins Therapiegeschehen einzugreifen, als unzulässig und unverantwortlich. Psychische Krankheiten sind oft langwierig. Eine Psychotherapie lässt sich durch Druck nicht beschleunigen. Im Gegenteil: Solche Interventionen sind für die Patienten verheerend und deshalb auch für die Krankenkassen kontraproduktiv. Es wäre sinnvoller, die Krankenkassen würden das Geld, das sie für ihre angeblichen Beratungsdienste ausgeben, in die Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung stecken. ■

#### **BARBARA LUBISCH**

Bundsvorsitzende der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV)

## »Das ist schädlich«

Die Hamburger Psychotherapeutin Hanna Guskowski über die Auswirkung der Kassen-Interventionen auf den Behandlungsalltag



**Hanna Guskowski** ist Sprecherin des Beratenden Fachausschusses Psychotherapeuten der KV Hamburg

### **Ist das von der DPtV dokumentierte Problem auch in Hamburg virulent?**

Ja. Fast alle Kollegen haben Patienten, die von ihrer Kasse angerufen und unter Druck gesetzt werden.

### **Wie wird im Kollegenkreis über dieses Phänomen gesprochen?**

Die Kollegen sind empört, denn es handelt sich um einen absolut unzulässigen und schädlichen Eingriff in den Therapieprozess.

### **Was lösen die Anrufe bei Ihren Patienten aus?**

Es handelt sich ja um Patienten, die aus psychischen Gründen krank geschrieben sind. Diesen Menschen geht es schlecht. Sie haben ohnehin das Gefühl, zu versagen,

und sie haben Existenzängste. Wenn sie dann einen als bedrohlich empfundenen Anruf der Krankenkasse bekommen, schürt das die Unsicherheit: Kann meine Versicherung mir die Unterstützung entziehen? Natürlich versuchen wir, die Patienten zu beruhigen und zu informieren. Aber Ängste sind nicht unbedingt rational, und die Patienten befinden sich ja tatsächlich in einer Situation, in der sie existenziell von den Krankenkassen abhängig sind. Das Gefühl von Ohnmacht ist immer kränkend und krank machend.

### **Kann eine Beratung durch Krankenkassen nicht manchmal auch hilfreich sein?**

Ich will gar nicht ausschließen, dass Krankenkassen-Sachbearbeiter im besten Glauben handeln und helfen wollen. Dennoch können sie großen Schaden anrichten, wenn sie die Patienten beispielsweise fragen: „Was? So lange machen Sie schon eine Therapie?“ Oder: „Wollen Sie nicht den Therapeuten wechseln?“ Oder: „Wollen Sie nicht eine andere Therapieform machen?“ Da wird von völlig unqualifizierter Seite in den Therapieprozess eingegriffen. Die Fragen säen Zweifel und Misstrauen gegenüber dem Therapeuten, und das ist schädlich, weil eine Therapie auf Beziehung und Vertrauen gegründet ist. Dies ist auch unter wirtschaftlichen Aspekten schädlich, da verunsicherte Patienten auf jeden Fall nicht schneller gesund werden.

### **Wie können die Therapeuten damit umgehen?**

Wenn ein Patient die Anrufe von Krankenkassen-Sachbearbeitern in der Therapie anspricht, kann man dem Patienten die Sachlage erklären und die dadurch ausgelösten Gefühle in der Therapie bearbeiten. Doch es ist schwer einzuschätzen, wie oft das Problem unbearbeitet bleibt, weil der Patient seine Zweifel für sich behält. Das ist dann wie ein heimtückisches Gift, das im Hintergrund wirkt.

### **Was fordern Sie von den Krankenkassen?**

Die Krankenkassen müssen aufhören, Druck auf die Patienten auszuüben. Aufgabe der Krankenkassen ist es, ihren Versicherten eine angemessene Versorgung zu finanzieren. Stattdessen verzögern und erschweren sie durch ihre Einmischung den Heilungsprozess. ■

# Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an.

**Infocenter Tel: 22802-900**

## BLUTZUCKERTESTSTREIFEN

### **Können wir einer schwangeren Patientin mit Gestationsdiabetes Blutzuckerteststreifen verordnen?**

Ja. Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinisch notwendigen Bedarf der Patientin. Die Verordnung erfolgt als Arzneimittel über das Muster 16 (Kassenrezept).

## TOLLWUTIMPFUNG

### **Ist eine Tollwutimpfung im Verletzungsfall (Patient wurde von einem Hund gebissen) eine Kassenleistung?**

Ja, es handelt sich in diesem Fall um eine postexpositionelle Impfung und ist somit im Verletzungsfall mit der Versicherten- bzw. Grundpauschale abgegolten.

## ANTI-D-IMMUNGLOBULIN

### **Ist die Anti-D-Prophylaxe einer Rhesus-negativen Frau im Rahmen eines Schwangerschaftsabbruchs eine Kassenleistung?**

Ja, laut Richtlinie kann die medikamentöse Behandlung mit Anti-D-Immunglobulin zur Rhesus-Desensibilisierung im Rahmen eines Schwangerschaftsabbruchs über die Kasse abgerechnet werden.



## EINWEISUNG INS KRANKENHAUS

### **Eine Patientin soll stationär in einem Krankenhaus aufgenommen werden. Wir haben bereits eine Einweisung ausgestellt. Das Krankenhaus verlangt eine zweite Einweisung, weil die Aufnahme der Patientin nicht innerhalb der 14-Tage-Frist nach Durchführung der prä-stationären Behandlung erfolgte. Stellen wir eine zweite Einweisung aus?**

Nein, es wird keine zweite Einweisung ausgestellt. Eine Einweisung behält solange ihre Gültigkeit, bis der Behandlungsfall abgeschlossen ist. In diesem Fall handelt es sich um ein organisatorisches Problem des Krankenhauses, wenn die 14-Tage-Frist nicht eingehalten wird.

## PARAGRAF 116B

### **Auf dem Überweisungsschein gibt es ein Feld „Behandlung gemäß § 116b SGB V“, das man ankreuzen kann. Was verbirgt sich dahinter?**



Bereits veröffentlichte **FRAGEN UND ANTWORTEN** können Sie auf unserer Homepage nachlesen – nach Stichworten geordnet in einem Glossar.

[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) →  
Beratung und  
Information → Fragen  
und Antworten

Auf Basis dieses Paragraphen sind Krankenhäuser nach Genehmigung der Behörde zur ambulanten Behandlung von Patienten mit bestimmten Erkrankungen beziehungsweise zur Erbringung bestimmter hochspezialisierter Leistungen berechtigt.

Besteht die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung nach § 116b SGB V, wird eine Überweisung von einem niedergelassenen Arzt an den entsprechenden Leistungserbringer ausgestellt. Auf dem Überweisungsschein wird das Feld „Behandlung gemäß § 116b SGB V“ angekreuzt.

#### ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

### Kann ich bereits vor Ablauf der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eine erneute Folgebescheinigung ausstellen?

Ja, das Fortbestehen von Arbeitsunfähigkeit kann bereits vor Ablauf der vorherigen Bescheinigung mittels Muster 1 attestiert werden.

#### VERLUST EINES REZEPTE

### Es kommt vor, dass Patienten ihre Rezepte verlieren. Sollen wir in solchen Fällen die neu ausgestellten Rezepte entsprechend kennzeichnen, zum Beispiel mit dem Vermerk „Duplikat“?

Nein. Der Vermerk „Duplikat“ wird von den Krankenkassen nicht anerkannt, da nur Originalverordnungen abgerechnet werden. Bitte stellen Sie eine Wiederverordnung aus. Es

reicht, wenn Sie dies in der Patientenakte dokumentieren. Die Wiederverordnung wird mit dem aktuellen Tagesdatum ausgestellt.

#### AUSLANDSABKOMMEN

### Wir haben einen Patienten aus dem Ausland behandelt und wissen nicht, wohin wir die Unterlagen (Muster 80 und 81) schicken sollen: an die KV oder an die Krankenkasse?

Muster 80 und 81 sowie eine Kopie der europäischen Krankenversichertenkarte und des Personalausweises/Reisepasses des Patienten werden an die vom Patienten gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse geschickt. Eine Kopie der Muster 80 und 81 sowie die Zweitkopien der oben genannten Dokumente verbleiben in der Patientenakte.

#### SAPV-ABRECHNUNGSZIFFERN

### Wie lauten die Abrechnungsziffern zur Verordnung einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)?

Die Erstverordnung wird über die GOP 01425 EBM, die Folgeverordnung wird über die GOP 01426 EBM abgerechnet.

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Anna Yankyera, Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Julia Riewesell

## AU: Strenge Regeln beim Krankengeld

Rechtzeitige Wiedervorstellung beim Arzt erforderlich

Patienten, die durch Krankheit arbeitsunfähig sind, müssen ihre Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Krankenkasse lückenlos nachweisen, um keine Nachteile (vor allem beim Krankengeldbezug) zu riskieren. Die Anforderungen für diesen Nachweis sind nach einem kürzlich veröffentlichten Beschluss des Bundessozialgerichts vom 6. November 2013 äußerst streng. (AZ B 1 KR 48/13 B)

Demnach muss eine Wiedervorstellung wegen der Folgebescheinigung spätestens am letzten Tag der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit erfolgen. Würde der nächste Tag abgewartet, wäre die Meldung nach Ansicht des BSG bereits verspätet. Die Gewährung von Krankengeld bei verspäteter Meldung ist laut BSG „auch dann ausgeschlossen, wenn die Leistungsvoraussetzungen im Übrigen zweifelsfrei gegeben sind und den Versicherten keinerlei Verschulden an der unterbliebenen ärztlichen Feststellung trifft.“

Bei der Terminvergabe für die Wiedervorstellung arbeitsunfähiger Patienten sollte dieser Sachlage Rechnung getragen werden. ■

**Ansprechpartner:**  
**Patientenberatung**  
**der Ärztekammer und**  
**der KV Hamburg**  
**Ernst Heise-Luis**  
**Tel: 202299-222**

## DMP-Datenstelle: Bitte keine Doubletten schicken!

Die DMP-Datenstelle hat festgestellt, dass Arztpraxen identische Dokumentationsdatensätze doppelt oder mehrfach übersenden. Das führt zu Schwierigkeiten bei der Verwaltung der Daten.

Problematisch ist auch, wenn Arztpraxen für einen laufenden Fall Erstdokumentationen statt Folgedokumentationen übersenden. Diese Daten werden von der Datenstelle geblockt beziehungsweise nicht angenommen, sofern der laufende Fall nicht vorab von der Krankenkasse beendet wurde. Die Arztpraxen werden nicht gesondert darüber informiert, dass ihre Daten blockiert wurden.

Grund für die Blockierung ist, dass bisher mit jeder neuen Erstdokumentation der laufende/bisherige DMP-Fall bei der Datenstelle beendet und ein neuer DMP-Fall eröffnet werden musste. Dies führte bei den Krankenkassen zu erheblichen Verwaltungsaufwänden, um eine korrekte, lückenlose RSA-wirksame Einschreibung sicherzustellen. Die Vergütung für die Erstdokumentation ist grundsätzlich nur einmal je DMP-Teilnehmer von dem betreuenden koordinierenden Arzt abrechenbar, sofern der DMP-Teilnehmer nicht zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde.

Die DMP-Praxen werden gebeten, die von der Datenstelle zur Verfügung gestellten Informationen zu nutzen und zu überprüfen, ob die Dokumentationen bei der Datenstelle angekommen sind und welche noch ausstehen. Doppelt- oder Mehrfachübersendungen sind zu vermeiden. Zu berücksichtigen ist auch, dass bei einem Arztwechsel eine Folgedokumentation zu erstellen ist.

Die Datenstelle schickt den DMP-Ärzten regelmäßig Schreiben über den „Verarbeitungsstand Ihrer Daten“. Darin sind alle relevanten Informationen zu den übermittelten oder gegebenenfalls fehlenden Dokumentationen enthalten. Darüber hinaus versendet die Datenstelle noch einen sogenannten Reminderbrief, in dem über die Anzahl der Dokumentationen, die im Quartal eingehen müssen, informiert wird. ■

**Ansprechpartner:**  
**Datenstelle Interforum**  
**Tel: 0341 / 25920-43**  
**Fax: 0341 / 25920-22**  
**E-Mail:**  
**dmp-hh@inter-forum.de**



## Sammelerklärung wird künftig am Computer ausgefüllt

Für die Abgabe der Abrechnung gibt es eine neue Sammelerklärung, die am Computer ausgefüllt wird. Das alte Formular „Bestätigung zur Abrechnung“ ist nicht mehr gültig.

Die neue Sammelerklärung steht ab Mitte März 2014 im KV-Hamburg-Onlineportal zur Verfügung. Die Anzahl der Behandlungsscheine wird direkt am Bildschirm eingegeben. Man druckt das Formular aus, unterschreibt es und sendet es per Fax oder per Post an die KV Hamburg. ■

## Änderungen zum Hausarzt-EBM

Der Bewertungsausschuss hat in seiner letzten Sitzung im alten Jahr Änderungen zum Hausarzt-EBM beschlossen. Die wichtigsten Änderungen erfolgten rückwirkend zum 1. Oktober 2013.

Die Anmerkung zur Gesprächsleistung (GOP 03230/04230), dass bei Nebeneinanderberechnung der Versichertenpauschale (GOP 03000/04000) und dem ausführlichen Gespräch eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der GOP 03230/04230 ist, wird gestrichen. Der bislang in den Versichertenpauschalen enthaltene fakultative Leistungsinhalt „Betreuung, Behandlung und Gespräch bis zu 10 Minuten Dauer“ der Versichertenpauschalen wird in den Anhang 1 verschoben. Die Änderung betrifft auch das sozialpädiatrische Gespräch (GOP 04355).

Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte können im Vertretungsfall eine hälftige Strukturpauschale abrechnen. Das war bisher nicht möglich.

Alle gefassten Beschlüsse über Änderungen des EBM aus der Sitzung des Bewertungsausschusses am 18. Dezember finden Sie unter: [www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de)

→ Beschlüsse → 2013 ■

**Ansprechpartner:**  
Infocenter,  
Tel: 22802-900

## PHARMAKOTHERAPIEBERATUNG DER KV HAMBURG

Wirtschaftlichkeitsgebot, Richtgrößen, Zielfelder, Prüfungen – mit den Regularien im vertragsärztlichen Bereich zurecht zu kommen, ist nicht einfach. Die KV Hamburg bietet Ihnen Unterstützung bei Ihren praxisspezifischen Fragen oder Problemen an. Die Ärzte der Pharmakotherapieberatung sind fachkundige Kollegen.

**Alle Hamburger Vertragsärzte sind herzlich willkommen.**

**Vereinbaren Sie einen Termin!**  
Tel: 22802-572 oder 22802-571



# Verordnung von Verbandmitteln

Die Verordnungsfähigkeit von Verbandmitteln sorgt in den Praxen immer wieder für Verwirrung – auch deshalb, weil einige Praxisverwaltungs-Systeme hierzu offenbar falsche Informationen ausgeben. Die Verbandmittel sind Medizinprodukte, keine Arzneimittel. Die Verordnungsfähigkeit von Verbandmitteln richtet sich dementsprechend nicht nach den Kriterien der Verschreibungspflicht beziehungsweise der Apothekenpflicht.

## Grundsätzliches

Gesetzlich Versicherte haben einen Anspruch auf die Versorgung mit Verbandmitteln nach § 31 Abs. 1 SGB V. Dieser Anspruch wird begrenzt

- durch das Wirtschaftlichkeitsgebot (notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich) und
- durch den „Stand der medizinischen Erkenntnisse / Wissenschaft“.

Verordnet werden Verbandmittel (ebenso wie Arzneimittel) auf dem Kassenrezept (Muster 16). Sie sind keine Hilfsmittel im Sinne der Gesetzlichen Krankenkassen, deshalb werden Diagnosen nicht auf dem Rezept angegeben. Die Kosten für die Verordnung von Verbandmitteln fließen in voller Höhe in das Arznei-/Verbandmittel-Richtgrößenvolumen der Praxis ein. Verbandmittel sind für Patienten zuzahlungspflichtig adäquat zu den Regelungen für Arzneimittel.

## Welche Produkte zählen zu den Verbandmitteln?

Nach der Definition des Gemeinsamen Bundesausschuss sind Verbandmittel Produkte, die dazu bestimmt sind, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken oder deren Körperflüssigkeit aufzusaugen. Dies sind zum Beispiel Wund- und Heftpflaster („Pflasterverbände“), Kompressen, Mittel zur feuchten Wundversorgung, Mull- und Fixierbinden, Gipsverbände, Mullkompressen, Nabelkompressen, Stütz-, Entlastungs-, Steif- oder Kompressionsverbände sowie Verbandmittel zum Fixieren oder zum Schutz von Verbänden. Zu den Verbandmitteln zählt auch das Trägermaterial, das arzneilich wirkende Stoffe für oberflächengeschädigte Körperteile enthält.

Zu den Verbandmitteln zählen folgende Produktgruppen (Beispiele – kein Anspruch auf Vollständigkeit):

- **VERBANDFIXIERMITTEL WIE Z.B. FIXOMULL, FIXOMULL-STRETCH ODER FIXOMULL TRANSPARENT.**

- **PRODUKTE ZUR ANTIBAKTERIELLEN WUNDVERSORGUNG**

Schaumstoffverbände mit Silber oder Silikonfilm oder Polyhexanid	Alginatverbände/Salbenkompressen mit Silber	Laminatverband mit Polyhexanid	Antimikrobielle Wundauflagen mit Hydropolymerkern
Allevyn Ag adhesive	Askina calgitrol Ag	TenderWet plus	Cutimed Sorbact
Allevyn Ag Gentle/Border	Biatain Alginate Ag	TenderWet plus cavity	Cutimed Sorbact Hydroactive
Biatain Ag	Sea Sorb A + Ag		
Cutimed Siltec Sorbact	Suprasorb Ag		
Draco Foam PHMB	UrgoSorb Silver		
	Urgo Tül Ag lite border		
	Urgo Tül silver		

- **PRODUKTE ZUR HYDROAKTIVEN WUNDVERSORGUNG**

Schaumstoffverbände	Hydrokolloidalverbände	Hydrogele
Allevyn adhesive	Askina Hydro	Hydrosorb
Allevyn non adhesive	Comfeel plus	Urgo Hydrogel
Allevyn thin dünne Wundauflage	Cutimed hydro	Varihesive Haydrogel
Cutimed Cavity	DracoHydro	Purilongel
Cutinova hydro	GoTa Derm/thin	Octenisept Wundgel
Suprasorb P	Suprasorb H	Lavanid Wundgel
Askina touch	Varihesive signal/E	Prontosan Wundgel
Urgo cell/adhesive/contact	Traumasive/plus/film	

- **SALBENKOMPRESSIONEN Z.B. GOTATÜL ODER URGOTÜL**



### Verbandmittel im Sprechstundenbedarf

Nach der Sprechstundenbedarfsvereinbarung in der derzeit gültigen Fassung vom 1. Juli 2012 sind die traditionellen Wundversorgungsprodukte wie zum Beispiel Verbandmull bzw. Mullkompressen (auch Salbenkompressen), Tupfer (sterile nur in kleinen Mengen), Verbandwatte, auch Heft- und Wundpflaster im Rahmen des Sprechstundenbedarfs verordnungsfähig.

Produkte der modernen Wundversorgung sind derzeit nicht in der SSB-Vereinbarung aufgeführt und führen demzufolge zu Regressen. Unter anderem werden folgende Mittel beanstandet:

- Hydrokolloidverbände, z.B. Algoplaque®, Comfeel®, Varihesive®
- Alginate, z.B. Urgosorb®, Algisite®, SeaSorb® Ag/Soft
- Schaumstoffwundauflagen bzw. Schaumverbände, z.B. UrgoCell® Silver/ Ag Border, Allevyn®, Biatain®/Ag/Ibu
- Hydrogele, z.B. Nu®-Gel, Urgo-Hydrogel®, Intrasite®-Gel, Purilon®-Gel
- Silikonverbände, z.B. Adaptic Touch®, Askina SilNet®, Mepitel One®

Achtung: Diese Liste ist nicht abschließend. Nur die in der Anlage 2 zur Sprechstundenbedarfsvereinbarung aufgeführten Artikel sind im Rahmen des Sprechstundenbedarfs verordnungsfähig. Ein ersatzweiser Bezug anderer Mittel ist nicht möglich. Wenn sich ein Produkt nicht eindeutig einem der in Anlage 2 genannten Artikel zuordnen lässt, ist es nicht im Rahmen des Sprechstundenbedarfs verordnungsfähig. Bitte überprüfen Sie daher sorgfältig die Anforderung von Verbandstoffen im Sprechstundenbedarf. ■

### Antiseptika

Im Zusammenhang mit Wundversorgung gibt es auch immer wieder Fragen zur Verordnung von Antiseptika/Desinfektionsmittel. Diese als Arzneimittel zugelassenen Präparate sind für Jugendliche und Erwachsene nur eingeschränkt verordnungsfähig.

Verordnungsfähig sind Antiseptika nur:

- soweit sie apothekenpflichtige Arzneimittel sind - für Kinder bis zum 12. Geburtstag
- soweit sie Jodverbindungen enthalten zur Behandlung von Ulzera und Dekubitalgeschwüren
- zur Selbstbehandlung schwerwiegender, blasenbildender Hauterkrankungen
- für Patienten mit Katheterisierung

**Ansprechpartner:**  
**Abteilung Praxisberatung**  
**Tel: 22802-571 / -572**



## EBM-Änderung Osteodensitometrie

Bewertungsausschuss erweitert die Indikation und präzisiert die Geräteanforderungen

### Der Bewertungsausschuss hat den EBM für osteodensitometrische Untersuchungen geändert.

Die Indikation wurde erweitert: Bislang konnte die Untersuchung abgerechnet werden für Patienten, die eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht. (GOP 34600)

Künftig kann die Untersuchung außerdem zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung abgerechnet werden, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht. (GOP 34601)

Auch bei der Geräteanforderung gibt es eine Änderung: **Osteodensitometrische Untersuchungen dürfen nur noch mit DXA-Geräten der Anwendungsklasse XI durchgeführt werden.** Die Abrechnung von Leistungen, die mittels der quantitativen Computertomographie (QCT) oder der peripheren quantitativen Computertomographie (pQCT) durchgeführt werden, ist somit nicht mehr möglich.

Die Änderungen sind mit Wirkung zum 1. Januar 2014 in Kraft getreten. Die Bekanntgabe im Deutschen Ärzteblatt erfolgte in der Ausgabe vom 23. Dezember 2013.

Voraussetzung für eine Abrechnung osteodensitometrischer Untersuchungen ist eine Abrechnungsgenehmigung der KV Hamburg. Antragsformular und Gerätenachweis finden Sie auf unserer Homepage unter: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → **Formulare** → **Knochendichtemessung**

### Überprüfung von Osteodensitometrien durch die Ärztliche Stelle

Die Ärztliche Stelle bei der KV Hamburg wird im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 17a Röntgenverordnung zukünftig auch eine Überprüfung der Knochendichtemessgeräte durchführen. Die rechtliche Grundlage hierfür ist ein Beschluss des Länderausschusses Röntgenverordnung (LARöV) sowie eine mit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz in Hamburg geschlossene Vereinbarung.

Überprüft werden neben Unterlagen zur technischen Qualitätssicherung der Untersuchungsgeräte auch patientenbezogene Dokumentationen. Hierzu gehören die Angaben zur rechtfertigenden Indikation der Knochendichtemessung, die dokumentierten Mess- und die Untersuchungsergebnisse. ■

**Ansprechpartner:**  
**Angela Scholz, Tel. 22802-451**  
**Thomas Müller, Tel. 22802-552**

## Leserbrief

### KVH-Journal Nr. 1/2014 Gelungene Ausgabe

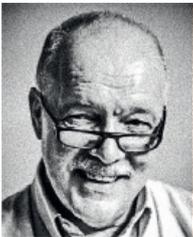
Das KVH-Journal ist ein gutes Kommunikationsmittel zwischen der KV und ihren Mitgliedern. Die vergangene Ausgabe ist besonders gut gelungen: die Artikel zur wirtschaftlichen Situation der Praxen, das Lob für Dieter Bollmann und der Artikel von Dr. Silke Lüder über die MVZ. Besonders gefallen hat mir der Artikel zur Versorgungsplanung, den ich an die Hamburger Gesundheitssenatorin und andere Hamburger Politiker weitergeben werde.

Dr. Torsten Hemker,  
 Facharzt für Orthopädie und  
 ärztlicher Geschäftsführer der  
 Facharztklinik Hamburg

#### LESERBRIEFE

KV Hamburg  
 Redaktion KVH-Journal  
 Humboldtstraße 56  
 22083 Hamburg

Fax: 22802-420  
 E-Mail: [redaktion@kvhh.de](mailto:redaktion@kvhh.de)



# Einsamkeit

Kolumne von **Dr. Bernd Hontschik**, niedergelassener Chirurg in Frankfurt/Main

**K**rankheiten tragen oft Namen, die an Ärzte erinnern, die wichtige Entdeckungen gemacht haben. Oft sind es Nobelpreisträger. So kennt jeder Arzt den Morbus Crohn, die Virchow'sche Trias oder die Einteilung von Art und Schweregrad der Herzrhythmusstörungen nach Lown. Sie sind nach dem Nobelpreisträger Bernard Lown benannt, einem der berühmtesten Kardiologen der Welt.

Sein größter Beitrag zur Heilkunde ist der Defibrillator, ohne den kaum eine Herzoperation, keine Wiederbelebung gelingen könnte. Jeder kennt dieses Gerät: Keine Arztserie ohne den dramatischen Elektroschock. Der Defibrillator hängt heute an jedem größeren Bahnhof oder Flughafen so selbstverständlich an der Wand wie Telefonapparate oder Feuerlöscher. Erstaunlicherweise hat Bernard Lown aber nicht den Nobelpreis für Medizin erhalten, sondern den Friedensnobelpreis. Die Ehrung galt der von ihm mit Evgenij Chazov gegründeten IPPNW, einer Ärzteorganisation gegen den Wahnsinn der atomaren Aufrüstung.

Vor einigen Jahren hatte ich das Glück, Bernard Lown in

Boston besuchen zu können, zu Hause und in seiner Klinik, in der er damals noch einmal in der Woche tätig war. Eine seiner kurzen, nachdenklichen Bemerkungen, nebenbei gefallen in einem Gespräch über die Aufgaben des Arztes und der Medizin, fällt mir oft ein: „Ich habe mich mein ganzes Leben als Arzt mit den Krankheiten von Herz und Kreislauf beschäftigt, mit den Menschen, die herzkrank werden. Risikofaktoren, über

die ständig geforscht und gesprochen wird, Cholesterin, Bluthochdruck und so weiter, sind nebensächlich. Für das Entstehen so vieler Herz-Kreislauf-Krankheiten sind traurige, tragische Lebensumstände verantwortlich: Einsamkeit, Verzweiflung und Aussichtslosigkeit.“

Warum werden solche Weisheiten so wenig beach-

tet? Einsamkeit kann man nicht operieren. Verzweiflung kann man nicht mit Medikamenten oder Apparaten behandeln. Und in einem Disease Management Programm, dem sich der Herzkranke und sein Arzt heute zu unterwerfen haben, hat Aussichtslosigkeit auch keinen Platz. Und wie erst sollen diese Hochrisikofaktoren auf einer elektronischen „Gesundheitskarte“ abgespeichert werden?

**Die Medizin konzentriert sich immer mehr auf Messbares – auf den Menschen als technische Maschine.**

Die Medizin konzentriert sich immer mehr und bald nur noch auf Messbares, auf Abbilder, auf Daten, auf den Menschen als technische Maschine. Der Unterschied zwischen einem kranken Menschen beim Arzt und einer defekten Maschine in der Werkstatt ist aber fundamental. Wenn die Medizin das vergisst, ist sie keine mehr. ■

[chirurg@hontschik.de](mailto:chirurg@hontschik.de), [www.medizinHuman.de](http://www.medizinHuman.de)

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Stefan Renz**  
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Stefan Renz**  
Geburtsdatum: **8. Juli 1955**  
Familienstand: **verheiratet, zwei Töchter**  
Fachrichtung: **Kinder- und Jugendmedizin, Kinderkardiologie**  
Weitere Ämter: **LV Vorsitzender BVKJ Hamburg**  
Hobbys: **Lesen, Rennradfahren, Wandern, Musik, alte Autos...**

### Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?

Die Arbeit mit Kindern ist großartig, ob als hausärztlicher Kinder- und Jugendarzt oder als Kardiologe, da ist es das Zusammenspiel von Handwerk auf der einen Seite und die Begleitung chronisch kranker Menschen und ihrer Familien auf der anderen Seite. Weniger schön ist der zunehmende Wust von Regularien, die ja oft immer mehr einschränken und wenige Probleme wirklich lösen.

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?** Wegen der Überalterung der Gesellschaft sind unsere Kinder unser höchstes Gut (Kapital ist zu einseitig). Im Koalitionsvertrag kommt die Pädiatrie fast gar nicht vor, es wird schwammig von Verbesserung der Impfraten und Vorsorgen gesprochen, das ist wenig aussagekräftig. Alle Kinder in Deutschland sollen unabhängig von Herkunft und Einkommen der Eltern dieselben Chancen haben, gesund aufzuwachsen. Jeder Euro, der in die Kindergesundheit investiert wird, verzinst sich besser als die spekulativste Anleihe! Hamburger Pädiater haben einen weit unterdurchschnittlichen Fallwert im Bundesvergleich, da muss sich kurzfristig etwas ändern!

**Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen?** Ich sehe Nachwuchsprobleme in fast allen Bereichen der ambulanten Medizin, mehr im hausärztlichen als im fachärztlichen Sektor. Wir müssen Versorgungsangebote entwickeln, die besser als die aktuell existierenden MVZ auf die Bedürfnisse der Patienten eingehen, insbesondere aber auf die Bedürfnisse der dort arbeitenden Ärztinnen und Ärzte. Und die Verzahnung zwischen ambulant und stationär muss weiter ausgebaut werden. Die Schnittstelle zwischen Kassen und Ärzten sollte die KV bleiben, ich bin ein überzeugter Anhänger der Selbstverwaltung!

**Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen?** Ganz aktuell natürlich den neuen Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe. Ihn würde ich fragen, wie er die ambulante wohnortnahe flächendeckende pädiatrische Versorgung in Zukunft sichern wird. Er ist immerhin Vater von vier Kindern. Es wäre aber sicher auch spannend, sich mit jemandem auszutauschen, der aus einem ganz anderen Gebiet kommt, wie z.B. Christian Horner, Formel 1 Rennleiter bei Red Bull. Ihn könnte man fragen, wie man Abläufe in Praxen und an Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Medizin, zwischen OP und Intensivstation verbessern könnte. Oder schaffen Sie einen Reifenwechsel in weniger als vier Sekunden?

**Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?** Warum nur einen????? ■



## TERMINKALENDER

### VERTRETERVERSAMMLUNG

der KV Hamburg

**Do. 27.03.2014 (ab 20 Uhr)** im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

### QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

#### QEP-Hygiene in der Arztpraxis

Die meisten Praxen müssen einen Mitarbeiter zum Hygienebeauftragten bestellen. Im Seminar wird erläutert, welche Aufgaben hierbei anfallen, wie Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungspläne erstellt werden und welche Gesetze zu beachten sind. Ein Überblick darüber, was bei einer Praxisbegehung durch die verschiedenen Behörden passiert, rundet dieses Seminar ab.

**Mi. 5.2.2014 (9:30-17:00 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

€ 149 (inkl. Verpflegung)

**10 PUNKTE**

#### QEP-Refresher-Seminar

Das Seminar soll Kenntnisse aus zurückliegenden QEP-Einführungsseminaren auffrischen und den Teilnehmern dabei helfen, ihr Praxis-QEP auf die Version 2010 umzustellen. Für Praxisinhaber und Praxispersonal gleichermaßen geeignet.

**Mi. 26.2.2014 (9:30-17:00 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 180, jeder weitere € 130 (inkl. Verpflegung und neuer QEP-Unterlagen)

**10 PUNKTE**

#### QM - Wo steht unsere Praxis?

Ziel des Seminars ist eine Bestandsaufnahme der Organisation und Kommunikation in Ihrer Praxis. Sowohl das Gesamt-Erscheinungsbild als auch einzelne Bereiche wie zum Beispiel die Anmeldung, das Wartezimmer, das Sprechzimmer oder das Labor werden beleuchtet. Dabei wird deutlich, welche Verbesserungen möglich wären. Die Teilnehmer erhalten Arbeitsmaterial, damit eine Umsetzung in der eigenen Praxis erfolgen kann.

**Mi. 26.03.2014 (9:30-17:00 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

€ 149 inkl. Verpflegung

**10 PUNKTE**

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung:  
Ursula Gonsch Tel: 22802-633  
Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

# INFOCENTER DER KVH

BEI ALLEN FRAGEN RUND UM IHREN PRAXISALLTAG

## **Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?**

Die Mitarbeiterinnen des Infocenters der KV Hamburg helfen Ihnen schnell und kompetent.

## **Was bieten wir Ihnen?**

- schnelle und verbindliche Auskünfte bei allen Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit und zum Leistungsspektrum der KV
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

## **Wie erreichen Sie uns?**

Infocenter der KVH  
Humboldtstrasse 56  
22083 Hamburg  
Telefon: 22 802 900  
Telefax: 22 802 420  
E-Mail: [infocenter@kvhh.de](mailto:infocenter@kvhh.de)

## **Wann sind wir für Sie da?**

Montag, Dienstag, Donnerstag  
8.00 – 17.00 Uhr  
Mittwoch 8.00 – 12.30 Uhr  
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr



**KVH**

**Infocenter der KVH**  
Telefon 040/22 802 900  
[infocenter@kvhh.de](mailto:infocenter@kvhh.de)